



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

EMBARAZO Y ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA DEL IESS EN EL AÑO 2016 –2017.

**Proyecto de investigación previo
a la Obtención de Título de Médico.**

Autores:

Diego Vinicio Aguilar Jaramillo

C.I: 0706446044

Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca

C.I: 0302607270

Director:

Dr. Manuel Jaime Ñauta Baculima

C.I: 0101835700

CUENCA - ECUADOR

2018



RESUMEN

ANTECEDENTES: se entiende por abdomen agudo la situación por la que pasa una persona con síntomas abdominales graves, requiriendo tratamiento médico y/o quirúrgico inmediato.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia del abdomen agudo y sus características en embarazadas que acudieron al Hospital José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), durante los años 2016 - 2017.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con 899 historias clínicas de pacientes embarazadas que acudieron al Hospital José Carrasco Arteaga, en el período correspondiente a enero del 2016 hasta diciembre del 2017. Los datos se recopilaron de las historias clínicas de las embarazadas y fueron analizados con SPSS versión 19.0. A las variables cuantitativas se les calculó la media y desviación estándar, para las variables cualitativas categorizadas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: La edad media fue de 29,59 años y desviación estándar de ± 6.3 . La principal causa de abdomen agudo estuvo relacionada con coleditis, apendicitis, quistes de ovario, y otras complicaciones del embarazo, entre otros. El principal síntoma presente fue el dolor abdominal, seguido de la hemorragia. La Imagenología fue el método de diagnóstico más utilizado y la observación y reposo vinculado a los fármacos fue el principal tratamiento. La continuación del embarazo sigue su curso normal en un 94.77% de las patologías encontradas.

CONCLUSIONES: Menos de una quinta parte de las embarazadas presentó abdomen agudo por causas no obstétricas.

Palabras clave: ABDOMEN AGUDO, EMBARAZADAS, APENDICITIS, DOLOR ABDOMINAL.



ABSTRACT

BACKGROUND: Acute abdomen refers to the critical situation experienced by a person with severe abdominal symptoms, requiring immediate medical and / or surgical treatment.

OBJECTIVE: To determine the frequency of acute abdomen and its characteristics in pregnant women who attended the Hospital José Carrasco Arteaga of the Ecuadorian Social Security Institute (IESS), during the year 2016 - 2017.

METHODOLOGY: A descriptive study was conducted, with 899 medical records of pregnant patients with acute abdomen who attended the José Carrasco Arteaga Hospital of the IESS, in the period from January 2016 to December 2017. The data was collected from the clinical histories of pregnant women and they were analyzed with SPSS version 19.0. The mean and standard deviation were calculated for the quantitative variables, for the categorized qualitative variables frequencies and percentages were used.

RESULTS: The mean age was 29.59 years and standard deviation of ± 6.3 . The main cause of acute abdomen was related to complications of pregnancy, such as cholelithiasis, appendicitis, ovarian cysts, among others. The main symptom was abdominal pain, followed by hemorrhage. Imaging was the most used diagnostic method and observation and rest only linked to drugs was the main treatment. The evolution of pregnancy after presenting the pathology depends on the week in which it occurs.

CONCLUSIONS: Less than a fifth of pregnant women presented with acute non-obstetric causes.

Key words: ACUTE ABDOMEN, PREGNANT WOMEN, APPENDICITIS, ABDOMINAL PAIN.



INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| CAPITULO I | 13 |
| INTRODUCCIÓN..... | 13 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 14 |
| 1.2 Justificación | 15 |
| CAPITULO II | 17 |
| FUNDAMENTO TEÓRICO | 17 |
| 2.1. Conceptualización | 17 |
| 2.2 Epidemiología..... | 17 |
| 2.4 Diagnostico por Resonancia Magnética (RNM) | 20 |
| ABDOMEN AGUDO DE CAUSAS OBSTÉTRICAS | 21 |
| Embarazo ectópico..... | 21 |
| Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta | 22 |
| CAPITULO III | 24 |
| OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN | 24 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 24 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS. | 24 |
| CAPITULO IV | 25 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 25 |
| Tipo de Estudio. | 25 |
| Área de Estudio. | 25 |
| Universo y Muestra. | 25 |
| Criterios de Inclusión y Exclusión. | 25 |
| Variables. | 25 |
| MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS..... | 26 |
| PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS | 26 |
| PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:..... | 26 |
| ASPECTOS ÉTICOS | 26 |
| CAPITULO V | 27 |
| 5. RESULTADOS | 27 |

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



| | |
|--|----|
| 5.1. Análisis de las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas..... | 27 |
| CAPITULO VI | 38 |
| 6. DISCUSIÓN | 38 |
| CAPITULO VII | 42 |
| 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA | 42 |
| 7.1 CONCLUSIONES: | 42 |
| 7.2 RECOMENDACIONES | 43 |
| 7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA | 44 |
| ANEXO 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN | 48 |
| ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 49 |
| ANEXO NO. 3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 50 |



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Diego Vinicio Aguilar Jaramillo, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "EMBARAZO Y ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DEL IESS EN EL AÑO 2016 - 2017", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de octubre de 2018



Diego Vinicio Aguilar Jaramillo

C.I: 0706446044

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Diego Vinicio Aguilar Jaramillo, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación ““EMBARAZO Y ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DEL IESS EN EL AÑO 2016 - 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 05 de octubre de 2018

Diego Vinicio Aguilar Jaramillo

C.I: 0706446044

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "EMBARAZO Y ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DEL IESS EN EL AÑO 2016 - 2017", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de octubre de 2018



Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca

C.I: 0302607270

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación ““EMBARAZO Y ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DEL IESS EN EL AÑO 2016 - 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 05 de octubre de 2018



Pedro Alonso TenesacaTenesaca

C.I: 0302607270

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico sobre todo a Dios quien por su voluntad en su infinita bondad me permitió culminar este trabajo con éxito.

También a las personas que amo con toda mi vida a mis padres Oswaldo Y Elizabeth a mis hermanos Jorge, Santiago y Jéssica quienes con su ejemplo de trabajo, entrega y sacrificio han sido fundamental en mi formación como persona. A mi novia, amigos y conocidos que sabían de este trabajo y su momento supieron brindarme sus consejos y frases de aliento.

Diego Vinicio Aguilar Jaramillo.

**DEDICATORIA**

Dedico esta tesis, en primer lugar, a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida. A mis amados padres por su amor, esfuerzo, trabajo, sus mejores valores y principios. A mis hermanas, Mercedes, Noemí, Deysi; las mujeres más importantes en mi vida; a mi querido hermano David por su motivación y ayuda durante todos estos años de mi carrera médica. A mi esposa, Estefanía, un apoyo incondicional en mi vida desde el primer día. A mi hija, María Elisa, por ser la motivación y la energía para seguir adelante. Finalmente quiero dedicar a toda mi familia y amigos, quienes aportaron a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca.



AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a Dios, por regalarnos la vida y guiarnos en cada uno de nuestros días para ser mejores personas y tener amor por nuestra profesión. Agradezco también a la Universidad de Cuenca y a su personal docente que desde el inicio hasta el final de nuestra carrera fueron pilar fundamental en nuestra formación, demostrándonos que el ser médico es una vocación de entrega y caridad. Al Dr. Jaime Ñauta por brindarnos su confianza y saber guiarnos de la mejor manera para la culminación de este proyecto de investigación y por último a nuestros conocidos y amigos quienes con sus palabras de apoyo nos ayudaron a terminar con éxito el presente trabajo.

Autores.

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria vemos que el dolor abdominal es motivo de consulta frecuente en la paciente embarazada, muchas veces en consecuencia de los procesos fisiológicos y anatómicos propios de la gestación, enmascarando enfermedades quirúrgicas abdominales, siendo causa de retraso en el diagnóstico y por ende del aumento de la morbilidad (1).

El abdomen agudo durante el embarazo muestra una tasa de 1 en 500 a 635 embarazadas y, las patologías más frecuentes que lo ocasionan son la apendicitis aguda y la colecistitis aguda (2).

La apendicitis aguda ocupa el primer lugar, causando casi el 25% de todas las intervenciones quirúrgicas relacionadas con dolor abdominal en las gestantes (3).

El cuadro clínico viene dado por un dolor localizado o difuso en cualquier parte del abdomen, que dura más de 12 horas, produciendo irritación peritoneal, y puede estar acompañado de otros síntomas como fiebre, náusea, vómito, distensión abdominal, disuria, entre otros (2).

La mayoría de los autores refieren que la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo durante el embarazo, seguida de la colecistitis aguda. Se estima que la apendicitis durante el embarazo es la urgencia quirúrgica no obstétrica más común. Los datos de incidencia global son de 1 caso por cada 1,500 embarazos (3,4).

Aunque el embarazo no es un factor de riesgo para la apendicitis aguda, se ha relacionado con una mayor tasa de perforación apendicular, que puede alcanzar el 43% (20 al 25% según Escobar, *et al*), contrastando con el 19% de la población general. Por otra parte, la mortalidad fetal está íntimamente ligada a la tasa de perforación (5,6).



Durante mucho tiempo, se realizaba un tratamiento conservador de la enfermedad biliar sintomática en la mujer embarazada y se postergaba la cirugía hasta después del parto. Esta conducta terapéutica trae como consecuencia un importante índice de recidivas, de hasta un 44% en el tercer trimestre (7).

El tipo de intervención viene determinada por la enfermedad, la habilidad del cirujano, la disponibilidad de equipo y el personal encargado, los beneficios de la laparoscopia durante la gestación son muy parecidos a los observados en las mujeres no grávidas (8).

A pesar de eso, en las embarazadas siempre existe el riesgo de complicaciones perinatales, independientemente del método de acceso abdominal (9).

Igualmente Sarmiento y cols, *et al*, en 2017 encontraron que el diagnóstico intraoperatorio más frecuente fue apendicitis aguda (46%), seguido de colecistitis aguda (39 %) y enfermedad inflamatoria pélvica (9%) (1).

1.1 Planteamiento del problema

Realizar el diagnóstico de abdomen agudo en muchas ocasiones se torna dificultoso, los síntomas son muy comunes a muchas patologías. A pesar de que en los últimos 20 años los avances científicos en medicina son muchos, se plantea que más del 30% de los diagnósticos de dolor abdominal son inespecíficos (10).

Los retrasos en el diagnóstico de patologías quirúrgicas urgentes, que provocan un gran incremento de la morbimortalidad de los pacientes, siguen produciéndose en unos porcentajes nada desdeñables. En las embarazadas esto se agrava más pues no se debe aplicar métodos invasivos ni con radiaciones que puedan afectar el embarazo y la salud del feto.



La apendicitis aguda por ejemplo aparece en un 10% de la población mundial, y su frecuencia en mujeres grávidas o no grávidas suele ser igual y puede llevar a la apendicetomía a una de cada 2000 mujeres embarazadas. Entre las complicaciones está perforación y peritonitis aproximadamente dos a tres veces más que en la mujer no gestante, un aumento en la mortalidad materna y fetal y la probabilidad de desencadenar un trabajo de parto con el consecuente nacimiento prematuro o aborto (11).

La prevalencia de pacientes embarazadas que ingresan por dolor abdominal en nuestros centros asistenciales, no ha sido del todo investigada en nuestra área. La literatura es relativamente escasa al respecto. En México Daniel Ríos, Joaquín Valerio y Fátima Santiago analizaron un total de 4478 casos de mujeres embarazadas que presentaron algún tipo de padecimiento abdominal. Para este caso se dieron 6 hallazgos de pancreatitis aguda para un 0.14% de prevalencia (12). Mientras tanto en Trujillo, Perú, un 0,09% de prevalencia fue encontrado en un trabajo que tomó desde enero del 2008 hasta diciembre del 2013 por Wilson W. Rios Ferreyra *et al* (13).

Por todo lo antes planteado nos cuestionamos las siguientes interrogantes de investigación.

- ✓ ¿Cuál es la frecuencia y las características de pacientes embarazadas que ingresan al Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, por abdomen agudo, durante los años 2016 – 2017?
- ✓ ¿Qué patologías son las causas más frecuentes de abdomen agudo durante el embarazo?

1.2 Justificación

Teniendo en cuenta el estado de vulnerabilidad de la mujer durante el periodo de embarazo, se hace necesaria una atención adecuada y seguimiento de las



mismas, sobre todo en el caso de las patologías que ocasionan este cuadro clínico, que pueden ser diversas.

El abdomen agudo durante el embarazo debe ser abordado de forma correcta, con el objetivo de evitar complicaciones relacionadas con un retraso en el diagnóstico y en el inicio de la atención de la gestante, aspecto de suma importancia tanto para la futura madre como para el feto.

Tomando en cuenta esto se decidió realizar esta investigación. Considerando que los beneficiarios serán las embarazadas y sus familias, y así conocer que patologías son las que más influyen en la aparición del abdomen agudo. Desde el punto de vista académico esta investigación contribuirá a aumentar el caudal de conocimientos sobre la materia y para la superación nuestra como profesionales de la salud.



CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Conceptualización

La apendicitis aguda constituye un proceso inflamatorio iniciado por la obstrucción de la luz apendicular cecal y que, librado a su evolución espontánea, puede originar la perforación con la consiguiente peritonitis. Se estima que 5% de la población la padecerá en algún momento de su vida. El cuadro clínico inicial de la apendicitis aguda se presenta por lo general, ordenado y cronológico, según se describe en la triada sintomática de Murphy (14).

Según Mayo Ossorio, *et al.* es una entidad multi sindrómica compleja y creadora de frecuentes situaciones de emergencia médica. Suele causar el 10% de las consultas en los servicios de urgencias y el mayor número de ingresos e intervenciones quirúrgicas (15).

2.2 Epidemiología

Los resultados de la investigación de Sarmiento y cols, *et al*, en 2017, mostraron que la edad promedio de las embarazadas de su estudio fue de 27 años, con un rango entre 15 y 38 años. El 53 % procedía de zona rural, el 35 %, del área urbana (1).

La edad de gestación promedio fue de 23 semanas; 27,9 % pertenecientes al 1er trimestre, 37,2 % del segundo, y 34,8 %, en el tercero. El diagnóstico intraoperatorio más frecuente fue apendicitis (46 %), seguido de colecistitis (39 %) y enfermedad inflamatoria pélvica (9%) (1).

En este estudio la mayoría de las intervenciones fueron practicadas con la técnica quirúrgica abierta (53 %), principalmente 3er (43%) y 2do trimestres (39 %), en el 1er se realizaron por laparoscopia (14 %). Como método diagnóstico, se empleó la ecografía en 74 % de las pacientes (1).



Sin embargo Unal, *et al.*, en Turquía, encontró una edad media de 32 años, la media de edad de gestación de 15 semanas y mayor frecuencia en el segundo trimestre del embarazo (16).

No así en el caso de la investigación de Butala, *et al.*, en el cual las pacientes que requirieron intervención quirúrgica tenían mayor edad gestacional. Igualmente reporta que las embarazadas que requirieron cirugía tenían un recuento sustancialmente mayor de leucocitos y neutrófilos, en comparación con las que no fueron intervenidas (17).

No obstante, se ha asociado con una mayor de tasa de perforación apendicular, que puede alcanzar el 43 %, lo que contrasta con el 19 % observado en la población general 10; además, la mortalidad fetal está íntimamente ligada a la tasa de perforación 4 (17).

Por otra parte, por muchos años, en medicina tratamiento conservador fue lo más utilizado de la enfermedad biliar sintomática en la mujer embarazada y la postergación de la cirugía hasta después del parto. Hoy por hoy, es conocido que dicha conducta terapéutica infiere un índice notorio de recidivas 11, el cual está relacionado con el trimestre de aparición de los síntomas con más del 40% en caso de presentación en el tercer trimestre 18 (17).

2.3 Características y etiología del abdomen agudo.

De la variedad de patologías que forman parte del concepto de síndrome de abdomen agudo, la que más frecuentemente es la apendicitis aguda. Dichas enfermedades van desde lo leve hasta potencialmente letales (18).

El cuadro clínico de la apendicitis aguda se acompaña de grupo sintomático que viene referido en innumerables textos y artículos, sin embargo lo más resaltable clínicamente es el dolor (7).

De manera general la sintomatología se representa de la siguiente manera (19):



- Dolor abdominal frecuente, inicia en epigastrio o mesogastrio y con las horas el dolor se corre hacia fosa iliaca derecha.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de apetito.
- Fiebre

Entre un 5 y un 15% de los pacientes que acuden a consulta médica por dolor abdominal agudo que sobrepasa las 2 horas de malestar, va a requerirla intervención quirúrgica (20).

El cuadro clínico de abdomen agudo no traumático representa el 7% del total de los ingresos hospitalarios, y la patología que más frecuentemente lo condiciona es la apendicitis aguda. Cuando existe sospecha clínica puede incluir: colocar al paciente en observación, la indicación de estudios auxiliares de diagnóstico o proceder a la intervención quirúrgica (2).

Un retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda puede provocar su perforación. Cuando esto se produce, se incrementa la morbilidad y el riesgo de mortalidad asociada. Algunos autores han propuesto el uso preoperatorio de estudios de imagenología: ultrasonido y tomografía computarizada (7).

Las patologías de las vías biliares y los cálculos vesiculares (colelitiasis) son consideradas como causa frecuente de dolor abdominal agudo. Con el ultrasonido es posible detectar litiasis biliar en periodo de gestación sin ningún riesgo para el feto, y en pacientes asintomáticos. La litiasis biliar es más frecuente de lo que muchas veces se piensa, lo que en ocasiones se encuentra subdiagnosticada (3).

El rol de la litiasis de colesterol en la niñez, debida a procesos neoplásicos de la vía biliar igualmente merece especial atención. En pediatría también es necesario remarcar la fibrosis quística, el síndrome de Reye y las anomalías estructurales congénitas (páncreas divisum) (2).



2.4 Diagnostico por Resonancia Magnética (RNM)

El uso de la resonancia nuclear magnética para el diagnóstico de cuadro de dolor abdominal durante el embarazo no es común, pero en pacientes que presentan dolores abdominales de causas inespecíficas que se manifiestan con cuadros inflamatorios, con leucocitosis, desplazamiento de estructuras intra-abdominales por el útero grávido o con signos y síntomas no características de una patología conocida (21).

Dicho procedimiento no tiene hasta la fecha, inconvenientes estudiados con certeza durante el periodo de embarazo. El mismo colegio Americano de Radiología sostiene que es posible su uso en cualquier periodo de gestación sin ningún riesgo materno fetal (21).

Según la literatura la RM tiene 50% a 100% de sensibilidad, 93% a 100% de especificidad, 94% a 100% de valor predictivo negativo (VPN) y 82% a 100% de valor predictivo positivo (VPP) con respecto al diagnóstico de apendicitis aguda. Es por eso que su uso es altamente recomendado en la literatura médica (22).

2.5 Estudios Paralelos

En Turquía se realizó un estudio que tomó de los años 2007 al 2010 y en el cual se analizaron 20 pacientes con edad promedio de 32 años. El estudio lo lideró A. Unal, quien encontró que la apendicitis y la obstrucción adhesiva del intestino delgado fueron las etiologías más comunes que causaron el abdomen agudo (16).

Butala et al, realizó un estudio de cohorte que tomó dos años. Entre los resultados más relevantes se encontró que de un centenar de pacientes se inscribieron, 38 tenían dolor abdominal inespecífico, 15 de los cuales fueron admitidos. No hubo diferencias en la temperatura, el recuento de leucocitos y el desplazamiento de neutrófilos entre los pacientes ingresados y no admitidos. Cuarenta y un pacientes se sometieron a cirugía y tuvieron una edad gestacional



sustancialmente mayor, conteo de leucocitos y cambio de neutrófilos que aquellos que no lo hicieron (17).

Más recientemente en el año 2017, en Colombia, Guillermo Sarmiento y cols analizaron un total de 43 pacientes entre los 27 años. Se concluyó que en mujeres embarazadas el factor causante más importante es la apendicitis aguda. Se encontró hasta una décima parte de las embarazadas que perdieron el feto a la vez que no se dieron casos de fallecidos (1).

ABDOMEN AGUDO DE CAUSAS OBSTÉTRICAS

Embarazo ectópico.

El abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en la paciente embarazada es una realidad que se presenta en uno de cada 500 embarazos (23). El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina (24). La sintomatología más frecuentemente reportada en diversos estudios son los siguientes: retraso menstrual, síntomas subjetivos de embarazo y la presencia en un gran número de casos de dolor abdominal y manchas de sangre de color oscuro. Los signos que pueden encontrarse son dolor abdominal a la palpación, reacción peritoneal, tacto vaginal donde se describe la presencia de masa tumoral anexial y dolor a la movilización de los genitales (24).

En cuanto a los exámenes complementarios tenemos la realización de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG) tanto cualitativa como cuantitativa, esta última con un gran valor diagnóstico de Embarazo Ectópico, el ultrasonido y la laparoscopia diagnóstica (24).

Aproximadamente el 98% de embarazos ectópicos son de localización tubárica y de ellos, el 60 % son ampulares, el 30 % ístmicos, el 5 % fímbrico, el 3 % intersticiales y el 2 % corresponde a otras localizaciones como abdominal (25).

Muchas veces el embarazo ectópico es de difícil diagnóstico ya que los mecanismos de defensa abdominales se alteran por la evolución del embarazo como son la laxitud de la pared abdominal que retarda la aparición de los datos



de irritación peritoneal. Por lo que es de mucha importancia la capacidad clínica y resolutive del médico (25).

El tratamiento del embarazo ectópico puede ser quirúrgico o médico, dependiendo del tiempo de la evolución del cuadro clínico, tipo de embarazo ectópico, complicaciones, estabilidad hemodinámica de la paciente (25).

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Se define como Síndrome hemorrágico de la segunda mitad de la gestación, se caracteriza por la separación parcial o total de la placenta, en su inserción uterina antes de la expulsión fetal, es una de las causas de abdomen agudo obstétrico de urgencia quirúrgica. Según un estudio realizado es prevalente entre los 20 y 30 años de edad, observándose con mayor frecuencia en pacientes con dos o más embarazos y en gestaciones que aún no han llegado a término (25).

Las causas específicas del desprendimiento placentario todavía no son aclaradas. Aunque no se explica todavía en detalles los mecanismos fisiopatológicos, los traumas abdominales pueden ser una de las razones, con eventos mecánicos repentinos, como trauma abdominal embotado, descompresión uterina rápida o aceleración-desaceleración del útero, como ocurre en accidentes automovilísticos. Se conoce varios factores de riesgo. Los más importantes son: Hipertensión arterial, Preeclampsia o eclampsia, consumo de cocaína, Tabaquismo, Desprendimiento prematuro en embarazo anterior, Edad superior a 40 años, Embarazo gemelar (26).

El desprendimiento placentario ocurre generalmente en el último trimestre del embarazo, especialmente en las últimas semanas antes del nacimiento. Los clásicos signos y síntomas de la placenta abrupta son: Sangrado vaginal 80%. Dolor abdominal o lumbar 70%. Contracciones uterinas de fuerte intensidad y gran frecuencia 35%. El diagnóstico es clínico, pero los exámenes de imagen y de laboratorio pueden ser utilizados para reforzar la sospecha clínica (26).

Actualmente la Histerectomía, no se justifica como tratamiento inicial, Está demostrado que el tratamiento médico (amniotomía-inducción o refuerzo del



trabajo-sedantes), da buenos resultados como el quirúrgico y disminuye el índice de morbilidad y mortalidad materna. La complicación más frecuente que se encontró, fue la hemorragia del alumbramiento y el shock (26).



CAPITULO III

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de abdomen agudo y sus características en embarazadas que acuden al Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, durante los años 2016 - 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar las características sociodemográficas (edad, residencia, nivel de instrucción) y gineco-obstétricas (edad gestacional, antecedentes obstétricos) de las embarazadas estudiadas.
- Determinar la frecuencia de las principales patologías (apendicitis, colelitiasis, quiste de ovario y pancreatitis) asociadas al abdomen agudo en las embarazadas estudiadas.
- Caracterizar la sintomatología que se presenta con más frecuencia (dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, hemorragia, otros) en las embarazadas que ingresaron al Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2016 - 2017.
- Describir el método de diagnóstico y el tipo de tratamiento empleado para el abdomen agudo en el embarazo.
- Identificar la evolución del embarazo post diagnóstico (continuación del embarazo, aborto, óbito, parto pretérmino, parto normal, cesárea), en las historias clínicas de pacientes que ingresaron al Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2016 - 2017.



CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se utilizó el método observacional.

Área de Estudio.

El estudio se realizó en el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS de la ciudad de Cuenca.

Universo y Muestra.

Universo: todas las historias clínicas de pacientes embarazadas que ingresaron por el servicio de emergencia, a la dependencia de cirugía, clínica y gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga del IESS durante los años 2016 y 2017.

Muestra: todas las historias clínicas de pacientes embarazadas que ingresaron por el servicio de emergencias al Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, con diagnóstico de abdomen agudo durante los años 2016 y 2017.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de abdomen agudo y embarazo.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.

Variables.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES. Anexo No. 3

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: Revisión de historias clínicas.

Técnica: Se revisaron 899 historias clínicas de las pacientes embarazadas en el periodo correspondiente a enero del 2016, hasta diciembre del 2017, recogiendo los datos necesarios para la investigación.

Instrumento: Formulario de recolección de datos (Anexo 2).

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1. **Autorización:** Presentación de solicitud de autorización a la Unidad de Docencia del Hospital del IESS José Carrasco Arteaga. Se anexa solicitud de autorización a la unidad de docencia (Anexo 1).
2. **Elaboración de formulario:** toda esta información se recolectó en el formulario de recolección de datos (Anexo 2), confeccionado para tal efecto.
3. **Revisión de historias clínicas.**
4. **Recolección de datos:** se aplicó el formulario elaborado.
5. **Capacitación:** se realizó mediante revisión bibliográfica y la consulta a tutor y asesores.
6. **Supervisión:** se realizó por el director de tesis: Dr. Jaime Ñauta.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos fueron tabulados y analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 19.0. A la variable cuantitativa (edad) se le calculó la media y desviación estándar, para las variables cualitativas categorizadas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

ASPECTOS ÉTICOS

La información se guardó con absoluta confidencialidad, siendo utilizada solo para el presente estudio, se facultó a la persona autorizada para la verificación de la información.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. Análisis de las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas.

5.1.1. Análisis de las variables sociodemográficas.

Tabla 1. Distribución de 899 embarazadas estudiadas, según los datos sociodemográficos.

| DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | N | % |
|-------------------------|---------------------|-------|------|
| EDAD | Menor de 20 años | 50 | 5,6 |
| | 20 a 35 años | 670 | 74,5 |
| | 36 y más | 179 | 19,9 |
| | Media | 29,59 | |
| | Desviación Estándar | 6,34 | |
| RESIDENCIA | Urbana | 655 | 72,9 |
| | Rural | 244 | 27,1 |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | Analfabeta | 2 | 0,2 |
| | Primaria | 166 | 18,5 |
| | Secundaria | 425 | 47,3 |
| | Superior | 306 | 34,0 |
| TOTAL | | 899 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca
Tenesaca



Análisis e Interpretación:

Las edades de las embarazadas estudiadas oscilaron entre los 13 y 47 años, con un promedio de 29,59 años y desviación estándar de ± 6.34 . Predominó el grupo de 20 a 35 años con casi el 75% de los casos, seguido por las de más de 35 años (casi el 20%).

La mayoría de las embarazadas del estudio vive en zona urbana (72,9%), solo el 27,1% vive en regiones rurales.

En relación al nivel de instrucción, predominan las que tienen secundaria terminada (47,3%) y nivel superior, el 34%, con nivel primario se encuentran el 18,6% de las embarazadas estudiadas.

5.1.2. Análisis de las variables gineco-obstétricos.

Tabla 2. Distribución de 899 embarazadas estudiadas según edad gestacional y antecedentes gineco-obstétricos.

| ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS | | N | % |
|---------------------------------|-------------------------|-----|------|
| EDAD GESTACIONAL | 1er Trimestre | 145 | 16,1 |
| | 2do Trimestre | 113 | 12,6 |
| | 3er Trimestre | 641 | 71,3 |
| ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | Ninguno | 236 | 26,3 |
| | Gestas previas | 586 | 65,2 |
| | Aborto | 132 | 14,7 |
| | Quistes y/o Tumores | 29 | 3,2 |
| | Intervención quirúrgica | 280 | 31,1 |
| TOTAL | | 899 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca

Análisis e Interpretación:

La mayoría de las embarazadas (71,3%) estaban en su tercer trimestre de embarazo, el resto en el primero (16,1%) y segundo trimestre (12,6%).

En cuanto a los antecedentes obstétricos solo el 26,3% no presentaba ninguno, el 65,2% había tenido gestas previas y casi un 15% presentaron abortos anteriores, intervenciones quirúrgicas habían recibido más del 30% (la mayoría cesáreas), solo un 3,2% tuvo quistes y/o tumores. En muchos casos habían presentado más de un proceder anterior.

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



5.2. Análisis de la Prevalencia de las patologías asociadas al abdomen agudo.

Tabla 3. Distribución de 899 embarazadas de acuerdo a la presencia o no de abdomen agudo.

| Causas de abdomen agudo | N | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| Si | 209 | 23,24 |
| No | 690 | 76,75 |
| Total | 899 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca

Análisis e interpretación:

De las 899 embarazadas estudiadas, el 23,24% representaron causa para abdomen agudo, mientras que el 76,75% acuden presentando sintomatología propia asociadas al embarazo.



Tabla no. 4 Distribución de 209 embarazadas con cuadro de abdomen agudo, según las causas encontradas.

| | Frecuencia (N) | Porcentajes % |
|---------------------------------|----------------|---------------|
| Infecciones del tracto urinario | 52 | 24,88 |
| Colelitiasis | 46 | 22,00 |
| Gastroenteritis aguda | 40 | 19,13 |
| Quiste de ovario | 23 | 11,00 |
| Apendicitis aguda | 16 | 7,65 |
| Pielonefritis aguda | 12 | 5,74 |
| Litiasis renal | 9 | 4,30 |
| Pancreatitis aguda | 4 | 1,91 |
| Cistitis | 4 | 1,91 |
| Otros | 3 | 1,43 |
| Total | 209 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca Tenesaca

Análisis e interpretación:

La principal causa de abdomen agudo estuvo relacionada con las ITU en un 24,88%. En cuanto a las 4 principales patologías de nuestro estudio, se encontró con mayor prevalencia la colelitiasis 22,00%, seguida por quiste de ovario con 11,00%, y en cuanto a la apendicitis aguda y pancreatitis aguda, en un menor porcentaje, 7,65% y 1,91% respectivamente.

Otras causas importantes fueron la gastroenteritis aguda, Pielonefritis aguda, litiasis renal, y la cistitis, en menor porcentaje y en muchos casos confluyó más de una causa. En cuanto a otras patologías menos prevalentes pero muy importantes en cuanto al alto impacto de riesgo de mortalidad materna (desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, corioamnionitis) se encontró el 1,43%.



5.3. Análisis de la Sintomatología de las embarazadas con abdomen agudo.

Tabla 5. Distribución de 209 embarazadas con diagnóstico de abdomen agudo según la sintomatología que presentaron.

| SINTOMATOLOGÍA REFERIDA | N | % |
|-------------------------|------------|------------|
| Dolor abdominal | 90 | 43,06 |
| Sangrado transvaginal | 45 | 21,53 |
| Disuria | 19 | 9,09 |
| Diarrea | 12 | 5,74 |
| Náuseas | 10 | 4,78 |
| Prurito generalizado | 8 | 3,82 |
| Vómitos | 7 | 3,34 |
| Fiebre | 7 | 3,34 |
| Ictericia | 6 | 2,87 |
| Hematuria | 5 | 2,39 |
| TOTAL | 209 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca
Tenesaca

Análisis e Interpretación:

El principal síntoma presente fue el dolor abdominal, en casi todos los casos (95%), el sangrado transvaginal se ha presentado en poco más del 21,53% de las pacientes, también la sintomatología urinaria fue un importante motivo de consulta con un 9,09%. mientras que los vómitos, náuseas y diarreas, se constataron menor al 5%. En muchos casos se presentó más de un síntoma a la vez, pero se registró los síntomas más relevantes por lo cual acudieron a la consulta, en ocasiones hasta 4 o 5 síntomas.

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



5.4. Análisis del método de diagnóstico y el tipo de tratamiento empleado.

5.4.1. Análisis del método de diagnóstico.

Tabla 6. Distribución 209 pacientes según el método de diagnóstico empleado.

| MÉTODO DE DIAGNÓSTICO | N | % |
|---|------------|------------|
| Examen externo (físico y ginecológico) | 5 | 2,39 |
| Examen externo / Imagenología | 39 | 18,66 |
| Examen externo / Exámenes de Laboratorio | 12 | 5,74 |
| Imagenología / Exámenes de Laboratorio | 67 | 32,05 |
| Examen externo/Imagenología/Exámenes de Laboratorio | 86 | 41,14 |
| TOTAL | 209 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca
Tenesaca

Análisis e Interpretación:

Los 3 métodos combinados (Examen externo/Imagenología/Exámenes de Laboratorio) fue la más empleada con un 41,14%, sin embargo, la Imagenología junto con el examen de laboratorio y la imagenología con examen externo ocupan un alto porcentaje 32,05% y 18,66% respectivamente. Reflejando que su uso es indispensable para confirmar el diagnóstico de abdomen agudo.



5.4.2. Análisis del tipo de tratamiento empleado.

Tabla 7. Distribución 209 pacientes según el tipo de tratamiento empleado.

| TIPO DE TRATAMIENTO | N | % |
|---|------------|------------|
| Observación y reposo | 8 | 3,82 |
| Observación y reposo / Farmacológico | 124 | 59,33 |
| Observación y reposo/farmacológico/ Quirúrgico | 77 | 36,84 |
| TOTAL | 209 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca
Tenesaca

Análisis e Interpretación:

El tipo de tratamiento más empleado es la combinación observación y reposo/farmacológico (59,33%). En el 36,84% de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo el tipo de tratamiento empleado finalizó con resolución quirúrgica. Mientras que el 3,82% se aplica observación y reposo.

Tabla 8. Distribución de las pacientes según la causa de abdomen agudo que llevó al tratamiento quirúrgico.

| CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO | N | % |
|--|-----------|-------|
| Colelitiasis | 22 | 28,20 |
| Apendicitis | 16 | 21,79 |
| Quistes de ovario | 16 | 20,51 |
| Abortos | 7 | 8,9 |
| Traumatismos | 5 | 6,41 |
| Óbito fetal | 5 | 6,41 |
| Tumoraciones(anexos) | 4 | 5,12 |
| Litiasis renales | 2 | 2,56 |
| TOTAL DE TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS | 77 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca
Tenesaca

Análisis e Interpretación:

Los principales motivos por los cuales el abdomen agudo tuvo resolución quirúrgica, fueron la coleditiasis, la apendicitis y los quistes de ovario, con 28,20%, 21,79% y 20,51% respectivamente.

5.5. Análisis de la evolución del embarazo en las pacientes.

Tabla 9. Distribución 209 embarazadas con diagnóstico de abdomen agudo, según la continuación o no del embarazo.

| Causas del abdomen agudo | Continuación del embarazo | | Frecuencia (N) | Porcentajes % |
|---------------------------------|---------------------------|-----------|----------------|---------------|
| | Si (%) | No (%) | | |
| Infecciones del tracto urinario | 50 (23,92) | 2 (0,95) | 52 | 24,88 |
| Colelitiasis | 44 (21,05) | 2 (0,95) | 46 | 22,00 |
| Gastroenteritis aguda | 40 (19,13) | 0 (00,00) | 40 | 19,13 |
| Quiste de ovario | 20 (9,56) | 3 (1,43) | 23 | 11,00 |
| Apendicitis aguda | 14 (6,69) | 2 (0,95) | 16 | 7,65 |
| Pielonefritis aguda | 12 (5,74) | 0(00,00) | 12 | 5,74 |
| Litiasis renal | 7(3,34) | 2 (0,95) | 9 | 4,30 |
| Pancreatitis aguda | 4 (1,91) | 0(00,00) | 4 | 1,91 |
| Cistitis | 4 (1,91) | 0(00,00) | 4 | 1,91 |
| Otros | 3 (1,43) | 0(00,00) | 3 | 1,43 |
| Total | 198 (94,77) | 11 (5,23) | 209 | 100 |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso Tenesaca

Tenesaca

Análisis e Interpretación:

En cuanto a la continuación del embarazo luego del ingreso por diagnóstico de abdomen agudo vemos que el proceder a seguir depende mucho de la causa encontrada, observamos que, en su mayoría, luego del tratamiento empleado, el embarazo sigue su curso normal en un 94,77%. Sin embargo, en bajos porcentajes (5,23%), en algunas causas la continuación del embarazo no es posible por cualquier tipo de complicaciones del abdomen agudo y bienestar materno fetal.

En cuanto a las patologías enfocadas en nuestro estudio, la **colecistitis** se encontró en un total 22,00 % de las pacientes, las cuales continúan el embarazo

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



el 21,05%, la apendicitis aguda se encontró en un 7,65%, continuando el embarazo el 6,69%, y en ambas causas se suspende el embarazo en igual porcentaje 0,95%.

De la misma manera en 11,00% pacientes con **quiste de ovario**, el 9,56% continuaron el embarazo, y el 1,43% suspenden el embarazo. Y por otro lado, en pacientes con **pancreatitis aguda** en su totalidad continuaron con en embarazo 1,91%.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación, de las 899 embarazadas estudiadas la edad promedio fue de 29,59 años de edad. Esto era de esperar pues esa es la edad que se recomienda como ideal para el proceso de gestación, con una desviación estándar de ± 6.34 . Predominó el grupo de 20 a 35 años con casi el 75% de los casos, seguido por las de más de 35 años 20%. La mayoría de las embarazadas del estudio viven en zona urbana 72,9%. con un nivel de instrucción secundaria completa en un 47,3%. Las pacientes se encontraban en más del 70% en su tercer trimestre de embarazo.

Sin embargo Unal, *et al.*, en Turquía, encontró una edad media de 32 años, la media de edad de gestación de 15 semanas y mayor frecuencia en el segundo trimestre del embarazo (16). En el caso de la investigación de Butala, *et al.*, las pacientes que requirieron intervención quirúrgica tenían igualmente mayor edad gestacional (17). Por otro lado, Sarmiento y cols, en 2017, refieren que la edad promedio de las embarazadas de su estudio fue de 27 años, con un rango entre 15 y 38 años. Aunque en este caso el 53 % procedía de zona rural, el 35 %, del área urbana, eso quizás influya en la disminución de la edad de las embarazadas, puesto que generalmente en las áreas rurales la gestación es más temprana.

El promedio de edad de gestación fue de 23 semanas; 27,9% se encontraban en el 1er trimestre, 37,2% en el 2do trimestre, y 34,8%, en el 3er trimestre (1). En la investigación la edad promedio de las pacientes fue de 26,1 años (DE=16,4) y el número de personas promedio del hogar fue de 3,6 (DE: 1,8). Al igual que en nuestro estudio predominaron mayoritariamente las mujeres que tenían 8 años o más de educación (80,3%) (27).

De los 899 embarazadas estudiadas, 209 pacientes presentaron cuadro clínico compatible con abdomen agudo, el principal síntoma referido fue el dolor abdominal, en casi todos los casos (95%), seguido del sangrado transvaginal en poco más del 21,53% de las pacientes, también la sintomatología urinaria fue un



importante motivo de consulta con un 9,09%. mientras que los vómitos, náuseas y diarreas, se constataron menores al 5%. Pero en muchos casos referían más de un síntoma a la vez.

En el citado estudio de Sarmiento y cols, igualmente el dolor abdominal (100 %) fue el síntoma más manifestado, seguido de las náuseas (80 %) (1). Butteycols, en Chile, encontraron el dolor abdominal migratorio en el 75 % de los casos y las náuseas o vómitos en la mitad de las pacientes, igualmente, la fiebre y la diarrea se presentaron con menor frecuencia en esta investigación (28).

En nuestro estudio luego de las infecciones del tracto urinario en un 24,88%. las principales patologías como causa de abdomen agudo, se encontró con mayor prevalencia la colelitiasis 22,00%, seguida por quiste de ovario con 11,00%, la apendicitis aguda 7,65% y pancreatitis aguda 1,91%. Otras causas importantes fueron la gastroenteritis aguda, Pielonefritis aguda, litiasis renal, y la cistitis. En menor porcentaje y en muchos casos confluyó más de una causa.

La colelitiasis es muy común en las pacientes embarazadas. Durante el embarazo aparece barro biliar en 20 a 30% de las mujeres y colelitiasis en 5 a 12%, el barro biliar por lo general desaparece de forma espontánea después del parto (31).

En la mayoría de las publicaciones, la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo durante el embarazo (38,5 %), aunque en nuestro estudio no fue lo más frecuente, seguida de la colecistitis (32,7 %). Cabe resaltar que el embarazo no es un factor de riesgo para la apendicitis (17). Sarmiento y cols, encontraron que el diagnóstico intraoperatorio más frecuente fue apendicitis (46 %), seguido de colecistitis (39 %) y enfermedad inflamatoria pélvica (9%) (1). El quiste de ovario también se constató como causa de abdomen agudo en 24 casos, éste provoca en muchas ocasiones un cuadro similar al de la apendicitis, su frecuencia es a veces hasta del 15%, en el caso de ovario poliquístico se presentan varios síntomas además del dolor (31).



En cuanto a otras causas de abdomen agudo la literatura es relativamente escasa al respecto. En México Daniel Ríos, Joaquín Valerio y Fátima Santiago analizaron un total de 4478 casos de mujeres embarazadas que presentaron algún tipo de padecimiento abdominal. Para este caso se dieron 6 hallazgos de pancreatitis aguda para un 0.14% de prevalencia (12).

Los 3 métodos combinados (Examen externo/Imagenología/Exámenes de Laboratorio) fue la más empleada con un 41,14%, sin embargo, la Imagenología junto con el examen de laboratorio y la imagenología con examen externo ocupan un alto porcentaje 32,05% y 18,66% respectivamente. Reflejando que su uso es indispensable para confirmar el diagnóstico de abdomen agudo. Sarmiento y cols, emplearon la ecografía como método diagnóstico en el 74 % de las pacientes (1). En nuestro proyecto de investigación, también se observó que la imagenología ocupa un alto porcentaje de uso para confirmación del diagnóstico, confirmando con los resultados de otros estudios como un método más utilizado, menos invasivo y de bajo riesgo durante el periodo gestacional.

Los parámetros de laboratorio no son específicos y a menudo están alterados como consecuencia fisiológica del embarazo (5,29). En varios estudios se menciona que la ecografía abdominal es el estudio imagenológico inicial de elección en las pacientes embarazadas con abdomen agudo (1,3,30).

La continuación del embarazo luego del ingreso por diagnóstico de abdomen agudo, depende mucho del período de gestación en que se encuentra la paciente y de la patología encontrada como causa y sus complicaciones. En la presente investigación observamos que, en su mayoría, luego del tratamiento empleado, el embarazo sigue su curso normal en un 94,77%. Sin embargo, en bajos porcentajes (5,23%), en algunas causas la continuación del embarazo no es posible por cualquier tipo de complicaciones del abdomen agudo y bienestar materno fetal.

En cuanto a las patologías enfocadas en nuestro estudio, la **colecistitis** se encontró en un total 22,00 % de las pacientes, las cuales continúan el embarazo



el 21,05%, la apendicitis aguda se encontró en un 7,65%, continuando el embarazo el 6,69%, y en ambas causas se suspende el embarazo en igual porcentaje 0,95%. De la misma manera en 11,00% pacientes con **quiste de ovario**, el 9,56% continuaron el embarazo, y el 1,43% suspenden el embarazo. Y, por otro lado, en pacientes con **pancreatitis aguda** en su totalidad continuaron con el embarazo 1,91%. Según estudios la apendicitis aguda aumenta la mortalidad materna y fetal y la probabilidad de desencadenar un trabajo de parto con el consecuente nacimiento prematuro o aborto (11).

El tipo de tratamiento más empleado es la combinación observación y reposo/farmacológico (59,33%). En el 36,84% de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo el tipo de tratamiento empleado finalizó con resolución quirúrgica. Mientras que el 3,82% se aplica observación y reposo. La intervención viene determinada por la enfermedad, la habilidad del cirujano, la disponibilidad de equipo y el personal encargado, los beneficios de la laparoscopia durante la gestación son muy parecidos a los observados en las mujeres no grávidas (8). A pesar de eso, en las embarazadas siempre existe el riesgo de complicaciones prenatales y perinatales, independientemente del método de acceso abdominal (9).

Actualmente, se sabe que esta conducta terapéutica conlleva un importante índice de recidivas, lo que se relaciona con el trimestre de aparición de los síntomas con un 44 % si se presentan en el tercer trimestre, por lo que muchas veces se recurre al método quirúrgico con antelación (17).



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES:

- Las edades de las 899 embarazadas estudiadas tuvieron un promedio cercano a los 30 años, predominando las de 20 a 35 años. La mayoría vive en zona urbana con un nivel de instrucción de secundaria terminada o superior, principalmente. Las pacientes se encontraban en más del 70% en su tercer trimestre de embarazo, un alto porcentaje había tenido gestas previas e intervenciones quirúrgicas habían recibido más del 30% (la mayoría cesáreas).
- Menos de una quinta parte de las embarazadas presentó abdomen agudo por causas no obstétricas. El principal síntoma presente fue el dolor abdominal, seguido de la hemorragia. Muchas de las pacientes presentaron más un síntoma a la vez, en ocasiones hasta 4 o 5.
- La Imagenología fue el método de diagnóstico más utilizado y el tipo de tratamiento más empleado es la observación y reposo cuando se aplica uno solo, también en gran proporción se empleó vinculado a los fármacos.
- La continuación del embarazo posterior al diagnóstico de abdomen agudo vemos que el proceder a seguir depende mucho de la causa encontrada, observamos que, en su mayoría, el embarazo sigue su curso normal en un. Sin embargo, en bajos porcentajes la continuación del embarazo no es posible por cualquier tipo de complicaciones del abdomen agudo y bienestar materno fetal.



7.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar en los médicos la importancia de confeccionar una historia clínica completa y realizar un correcto examen físico, unido a las técnicas imagenológicas, para alcanzar un eficaz diagnóstico del abdomen agudo en las embarazadas (causas, características etc).
- Enfatizar en el dolor (Aparición, localización, irradiación, características, intensidad y síntomas asociados), que es un síntoma cardinal en el abdomen agudo y que según estudios el de causa quirúrgica precede a otros síntomas como vómito, fiebre, náuseas.
- Capacitar al personal del Área de Emergencia del Hospital sobre la aplicación de protocolos de atención a pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico con el fin de que ejecute los procesos de atención a los pacientes con esta dolencia de la manera reglamentada.



7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Sarmiento G, Rosero C, Sarzosa J, Solís M. Abdomen agudo en el embarazo. Rev Colomb Cir. 2017; 32(1: 102-8) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a4.pdf>).
2. Tigua OL. Protocolo de atención de enfermería a pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico, área de emergencia del Hospital Jipijapa. Tesis para optar por el Título de Magister en Emergencias Médicas. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
3. Veerapan A, Gawron AJ, Soper NJ, Keswani RN. Delaying cholecystectomy for complicated gallstone disease in pregnancy is associated with recurrent postpartum symptoms. J Gastrintest Surg. 2013; 17(1: 1953-59) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24002766>).
4. Bolivar MA, Cazares MA, Fierro R, Romero RE, Lizárraga H, Morgan F. Apendicitis aguda durante el embarazo: reporte de 4 casos. Ginecol Obstet Mex. 2014; 82(337-343) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsxmex/gom-2014/gom145g.pdf>).
5. Chung JC, Cho GS, Shin EJ, Kim HC, Song OP. Clinical outcomes compared between laparoscopic and open appendectomy in pregnant women. Can J Surg. 2013; 56(1: 341-6) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788013/>).
6. Escobar I, Nuñez H. Abdomen agudo en el embarazo. Rev. Med. de Costa Rica y Centroamerica. 2013; LXX(606) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132w.pdf>).
7. Barber-Millet S, Bueno J, Granero P, Gómez I, Ballester N, García R. Actualización en el manejo del abdomen agudo no obstétrico en la paciente gestante. Cir Esp. 2016; 94(257-65) Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/294579087_Actualizacion_en_el_manejo_del_abdomen_agudo_no_obstetrico_en_la_paciente_gestante).
8. Stewart MK, Terhune KP. Management of pregnant patients undergoing general surgical procedures. Surg Clin North Am. 2015; 95(1: 429-42) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25814116>).
9. López M, Olvera R. Cirugía laparoscópica de urgencia en el tercer trimestre de gestación y su manejo anestésico. Experiencia de un hospital



- general. *Cir Cir.* 2016; 84(429-33) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115002492>).
10. Taylor D, Smith CV. Acute Abdomen and Pregnancy. *Mescape.* 2016 Marzo;(Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/195976-overview#a2>).
 11. Palermo M, Giménez MG, Miano N. Abdomen agudo y urgencias quirúrgicas durante el embarazo. 2013 Enero;(Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237011635_ABDOMEN_AGUDO_Y_URGENCIAS_QUIRURGICAS_DURANTE_EL_EMBARAZO).
 12. Ríos D, Valerio J, Santiago F. Prevalencia de pancreatitis aguda en el embarazo. *Rev Chil Cir.* 2015 Febrero; 67(1) Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v67n1/art06.pdf>).
 13. Rios WE. Abdomen agudo quirúrgico en gestantes del hospital regional de loreto de enero del 2008 a diciembre del 2013. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana; 2015. Report No.: Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3996/Wilson_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1.
 14. Young P. La apendicitis y su historia. *Rev. méd.* 2014 Mayo; 142(5) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000500018).
 15. Mayo MA, Pacheco JM, Vázquez JM. Abdomen agudo. *Medicine.* 2016; 12(7) Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_6/T6-IC-Abdomen-agudo.pdf).
 16. Unal A, Sayharman S, Ozel L, Unal E, Aka N. Acute abdomen in pregnancy requiring surgical management: A 20-case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 159(1: 87-90) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21831513>).
 17. Butala P, Greenstein AJ, Sur MD, Mehta N, Sadot E, Divino CM. Surgical management of acute right lower- quadrant pain in pregnancy: A prospective cohort study. *J Am Coll Surg.* 2010; 211(490-4) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20822740>).
 18. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA. Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain. *Digestive*



- Surgery. 2015; 32(23-31) Disponible en:
<http://www.karger.com/Article/FullText/371583>).
19. Apendicitis durante el embarazo ¿cuáles son los riesgos? [Internet].; 2016 [cited 2018 Febrero 10. Disponible en:
<http://www.facemama.com/embarazo/apendicitis-durante-el-embarazo.html>.
 20. Bryan D, Brenner B. Abdominal Pain in Elderly Persons. 2017 Enero;(Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/776663-overview>).
 21. Barahona D, Schiappacasse G, Labra A, Soffia P. Abdomen agudo en el embarazo. Evaluación por resonancia magnética. Revista Chilena de Radiología. 2015; 21(2) Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v21n2/art07.pdf>).
 22. Mui L, Hwayoung K L, Malhotra R. MRI Evaluation of Acute Abdominal Pain in the Pregnant Patient. Journal of American Osteopathic college of radiology. 2015; 4(4) Disponible en: <http://www.jaocr.org/articles/mri-evaluation-of-acute-abdominal-pain-in-the-pregnant-patient>).
 23. Cepeda A. Abdomen agudo en el embarazo: caso clínico comentado. Per. Rep. Hum. 2013; 27(2) Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n2/v27n2a8.pdf>).
 24. Delgado KM, al e. Embarazo Ectópico Cornual: Reporte de un Caso. CASO. 2012; 15(1) Disponibel en:
http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v15n1/v15n1_a10.pdf).
 25. Embarazo ectópico. [Internet]. [cited 2018 Septiembre 31. Disponible en:
<http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>.
 26. Pinheiro P. Desprendimiento prematuro de la placenta. [Internet].; 2018 [cited 2018 Octubre 2. Disponible:
<https://www.mdsaude.com/es/2017/03/desprendimiento-prematuro-de-la-placenta.html>.
 27. Benedetti G. Incidencia de patologías materna de alto riesgo durante el embarazo de acuerdo al estado nutricional al inicio del embarazo en una cohorte de embarazadas del Área Sur Oriente de Santiago. Tesis de Magister. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2017. Disponible en:
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143982/Tesis_Gabriela%20Benedetti%20I.pdf?sequence=1.



28. Butte JM, Bellolio MF, Fernández F, Sanhueza M, Báez S, Kusanovich R. Apendicetomía en la embarazada: experiencia en un hospital público chileno. Rev Méd Chil. 2006; 134(1) Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000200002): p. 145-51.
29. Thompson MM, Kudla AU, Chisholm CB. Appendicitis during pregnancy with a normal MRI. West J Emerg Med. 2014; 15(652-4) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4162721/>.
30. Macchiavello R, González M. Abdomen agudo no obstétrico en el embarazo. Rev Obstet Ginecol. 2014; 9(1) Disponible en: www.revistaobgin.cl/articulos/.687/Abdomenagudonoobsttricoenelembara zo6.pdf): p. 7-10.
31. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19th ed. Mexico D.F.: McGrawhill; 2018.
32. Mitru N. Abdomen agudo no quirúrgico. 1st ed. Digestiva C, editor.: Escuela de Postgrado de la Universidad de Chile; 2011.



ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Cuenca__de Diciembre del 2017

SEÑOR DOCTOR:

MARCO RIVERA ULLAURI

COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACION

Su despacho

DE MIS CONSIDERACIONES

Por medio de la presente le hago llegar un cordial saludo y los deseos que continúe con éxitos en sus funciones.

Seguidamente nosotros, Diego Vinicio Aguilar Jaramillo y Pedro Alonso TenesacaTenesaca, estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, que me encuentro realizando el internado rotativo en este hospital, comedidamente solicito a usted, me autorice realizar un trabajo de investigación, cuyo tema es: **“EMBARAZO Y ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA DEL IESS AÑO 2016 - 2017”**, el mismo que servirá como tesis previo a mi graduación, comprometiéndome de antemano a hacerlo con mucha responsabilidad y con el máximo respeto a los pacientes y a la institución que Usted acertadamente dirige.

Por la favorable acogida que se digne en dar a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Diego Vinicio Aguilar Jaramillo
CI 0706446044

Pedro Alonso TenesacaTenesaca
CI0302607270

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA

ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****Edad**

Menor a 20 años ____ 20 a 35 años ____ 35 años o más ____

Residencia

Urbana ____ Rural ____

Nivel de Instrucción:

Analfabeto ____ Primaria ____ Secundaria ____ Superior ____

Edad gestacional

Primer trimestre ____ Segundo trimestre ____ Tercer Trimestre ____

Antecedentes obstétricos:

Gestas previas ____ Abortos (SI/NO) ____

Quistes y/o Tumoraciones ____

Intervenciones quirúrgicas ____

Causas del abdomen agudo

Apendicitis ____ Colelitiasis ____ Quiste de Ovario ____

Pancreatitis ____ Otras ____

Síntomas del abdomen agudo

Dolor abdominal ____ Náuseas ____ Vómitos ____ Fiebre ____

Hemorragia ____ Otros ____

Método de diagnóstico:

Examen externo ____ Imagenológico ____ Exámenes de laboratorio ____

Tratamiento:

Observación y reposo ____

Farmacológico ____ (Cuál ____)

Intervención quirúrgica ____ (Tipo ____)

Resolución del embarazo post diagnostico

Continuación del embarazo ____ Aborto ____ Óbito ____

Parto prétermino ____ Parto natural ____ Cesárea ____

DIEGO VINICIO AGUILAR JARAMILLO

PEDRO ALONSO TENESACA TENESACA



ANEXO NO. 3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|-----------------------------------|--|-----------------------|------------------------|---|
| Edad | Período de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta la fecha actual | Cronológica | Años cumplidos | 1. Menor de 20 2. 20-35 3. 36 y más |
| Residencia | Lugar en que reside | Geográfica | Historia clínica | 1. Urbana 2. Rural |
| Nivel de instrucción | Nivel de escolaridad aprobado | Académica | Historia clínica | 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior |
| Edad gestacional | Periodo de gestación de la paciente hasta el momento del ingreso. | Cronológica | Trimestre de gestación | 1. 1ro 2. 2do 3. 3ro |
| Antecedentes obstétricos | Antecedentes previos de eventos obstétricos o ginecológicos de las pacientes. | Biológica Fisiológica | Historia clínica | 1. Gestas previas. 2. Abortos. 3. Quistes y/o Tumores. 4. Intervenciones quirúrgicas |
| Causas del abdomen agudo | Patología que provoca el abdomen agudo. | Biológica Fisiológica | Historia clínica | 1. Apendicitis. 2. Colelitiasis. 3. Quiste de ovario. 4. Pancreatitis. 5. Otras. |
| Síntomas del Abdomen Agudo | Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza. | Biológica Fisiológica | Historia clínica | 1. Dolor abdominal 2. Náusea 3. Vómito 4. Fiebre 5. Hemorragia 6. Otros |
| Método de diagnóstico | Método por el cual se le la patologías. | Biológica Fisiológica | Historia clínica | 1. Examen externo. 2. Imagenología. 3. Exámenes de laboratorio |



| | | | | |
|---|--|-------------|------------------|---|
| Tratamiento | Tipo de tratamiento empleado para curar la patología | Facultativa | Historia clínica | 1. Observación y reposo. 2. Farmacológico. 3. Quirúrgico. |
| Resolución del embarazo post diagnóstico | Forma en que concluyó el embarazo, luego de su diagnóstico | Facultativo | Historia clínica | 1. Continuación del embarazo 2. Aborto 3. Óbito 4. Parto prétermo 5. Parto natural. 6. Cesárea |